EIN FALL

VON

LUNGENSYPHILIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER KÖNIGL. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

JULIUS BARELMANN

APPROB. ARZT AUS WILDESHAUSEN.

MÜNCHEN.

JULI 1882.

J. L. STICH, NÜRNBERG.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0131

EIN FALL

VON

LUNGENSYPHILIS.

INANGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER KÖNIGL. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

JULIUS BARELMANN

APPROB. ARZT AUS WILDESHAUSEN.

MÜNCHEN.

JULI 1882.

Referent: Professor Dr. Bollinger.

Seinem theuren Vater

in Dankbarkeit

der Verfasser.

Wenn Virchow die bedeutenden Schwierigkeiten in der Erkenntniss des feinern Herganges der pathologischen Processe in der Lunge, in specie der pathologischen Veränderungen, die auf constitutioneller Syphilis beruhen, betont und in der Beurtheilung derselben möglichst zurückhaltend sich ausspricht, so wird es gewiss gewagt erscheinen, wenn ich, der doch aller Erfahrung bar, mich an ein solch schwieriges Thema gewagt habe. Virchow, dem wir bekanntlich in Bezug auf die Erkenntnis der Syphilis so Vieles verdanken, betont aber auch, dass gerade in den letzten Decennien das so erschreckend grosse Gebiet der Lues Dank der sorgfältigeren anatomischen Forschung in einem früher nicht geahnten Licht vor uns läge, und zu dieser Forschung mag auch unser Fall ein kleines Bruchtheil beitragen. Denn derselbe ist ein so klarer, er ist bei grösster Vorsicht in der Beurtheilung mit absoluter Sicherheit als ein auf syphilitischer Ursache beruhender zu diagnosticiren und kann doch dazu dienen, eine Reihe früherer Angaben zu bestätigen, von anderweitigen Beobachtungen Abweichungen zu constatiren, so dass eine einfache Darlegung des pathologisch-anatomischen Befundes angezeigt sein dürfte.

Die Geschichte der Entwickelung der Kenntniss der Lungensyphilis ist in dem kürzlich erschienenen

ausführlichen Werk von Pankritius „Ueber Lungensyphilis“, sowie in der kleineren vortrefflichen Brochure von Schnitzler „Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht“ eingehend dargestellt, so dass ich im Allgemeinen darauf verweisen kann und mich darauf beschränken werde, im speciellen Theil die betreffende Literatur anzugeben.

Da unser Fall auf der II. med. Abtheilung zu München längere Zeit beobachtet wurde und Herr Obermedicinalrath v. Ziemssen mir in liebenswürdiger Weise die ausführliche Krankengeschichte zur Verfügung gestellt, so will ich zuerst einen kurzen Auszug aus derselben mittheilen:

Krankengeschichte.

N. N., Sattler aus M., 42 Jahre alt, früher stets gesund, hatte im Jahre 1861 einen Schanker; andere secundäre Erscheinungen von Lues sollen nie vorhanden gewesen sein. Im Jahre 1867 hatte Patient einen doppelseitigen Bubo, welcher spontan aufbrach.

Seit 3 Jahren leidet Patient besonders im Winter an starken Katarrhen mit Schwerathmigkeit und Auswurf. In den letzten 4—5 Wochen ist Patient beträchtlich abgemagert.

14. Nov. 1881. Status praesens.

Ziemlich schwächlicher abgemagerter Körper, normale Temperatur, blasse fahle Farbe der Haut. Thorax in den oberen Partien abgeflacht, Athmung beschleunigt, rasselnd.

Die rechte Lungenspitze schallt vorn etwas kürzer als die linke. In den oberen Intercostalräumen vorn beiderseits sonorer lauter Schall, der in der r Mamillarlinie vom 4. Intercostalraum ab gedämpft, im 5. leer wird.

Beim Lagewechsel Dämpfungsgrenze unverschieblich, desgleichen bei der Athmung. Die Dämpfungs-

grenze verläuft nach der r Achsel horizontal und erstreckt sich an der Wirbelsäule bis zum 8. Brustwirbeldornfortsatz. H. O. ist im Uebrigen beiderseits der Schall bis etwa zur Mitte der Scapula herab- etwas kürzer als weiter unten und etwas tympanitisch.

In beiden Spitzen verschärftes Inspirium, beim Exspirium trockne Rhonchi.

V. R. U. werden die Rhonchi noch zahlreicher, begleiten hier auch das Inspirium und bekommen mehr schnurrenden Character, daneben grössere Rasselblasen hörbar. Auch in der r Achsel zahlreiche Rhonchi, ebenso hinten über dem ganzen Torax.

Herztöne sehr leise, Puls frequent.

Leber und Milz vergrössert nachzuweisen.

Es wurde die Diagnose auf diffuse chronische Bronchitis, Myodegeneratio cordis gestellt.

In der ersten Woche des December trat Hydrops Ascites auf, und man führte die Schwellung der Milz und Leber, sowie den Ascites auf eine Stauung im Gebiet der Pfortader zurück.

Für Lebercirrhose auf alkoholischer Basis ergab die Anamnese keine Anhaltspuncte, dagegen fehlte es nicht an Indicien, welche die Annahme einer syphilitischen Leberaffection zuliessen.

Es wurde deshalb nun eine antisyphilitische Kur mit Kal. jodat eingeleitet, musste aber bald wegen der Idiosynkrasie des Patienten gegen dieses Mittel wieder sistirt werden.

Am 19. December fand eine klinische Vorstellung des Patienten statt und bei derselben eine Punction des Ascites, und galt die Differenzialdiagnose: Lebersyphilis oder tuberculöse Peritonitis. Für letztere sprach die nachweisbare Lungenaffection, sowie die haemorrhagische Beschaffenheit der Bauchflüssigkeit, und da in der nächsten Zeit ziemlich hohes Fieber eintrat, der Process auf der Lunge bedeutend fortschritt,

gewann die Diagnose der Annahme einer Tuberculose immer mehr an Wahrscheinlichkeit. In den letzten Tagen des December nahm die Krankheit einen rapideren Verlauf; der Ascites hatte sich wieder angesammelt, es traten Anfälle von grosser Athemnoth auf, reichliche purulente Sputa, am 3. Januar Haemoptoe, die sich am 4. Januar in profuser Weise wiederholte, und an demselben Tage Mittags trat der Tod ein. —

Die Obduction nun bestätigte die frühere Annahme, die einer syphilitischen Affection der Leber, und zeigte zugleich eine syphilitische Affection der Lunge. An letztere hatte man in vivo nicht gedacht, der schon ziemlich fortgeschrittene Process mit seinen zahlreichen Bronchiectasien, wie sie die Obduction zeigte, konnte aber sehr wohl das Bild einer ganz gemeinen Phthise, das ja so mannichfach in seiner Art auftritt, vortäuschen, und hätte auch eine eingreifendere antisyphilitische Kur in einem so weit vorgeschrittenen Stadium kaum den Process rückgängig machen können.

Indem ich an diesen kurzen Auszug der Krankengeschichte zunächst den Sectionsbericht reihe, will ich später auf die Deutung der einzelnen Befunde näher eingehen und sie mit dem bisher in der Literatur Bekannten vergleichen.

Der Sectionsbericht des Herrn Prof. Bollinger lautet wie folgt:

N. N., Sattlermeister, 42 Jahre.
23 Stunden nach dem Tode.

Leichendiagnose: Syphilis der Leber in Form von Gummata und diffuser interstitieller Hepatitis, gelappte Leber. Perihepatitis adhaesiva. Hochgradiger Milztumor. Haemorrhagische Peritonitis chronica und Hydrops Ascites. Chronische syphilitische Pneunomie rechts mit Cirrhose und Bronchiectasien.

Ziemlich grosse Leiche, starke Abmagerung. Starre beinahe gelöst. Aussehen blass, anaemisch. Pupillen beiderseits stark verengt. Unterleib stark aufgetrieben. Fettpolster geschwunden.

R Pleura frei von Flüssigkeit. R Lunge zeigt zahlreiche spangenartige leicht lösbare Adhaesionen nach vorne, nach hinten mehr diffuse innige Verwachsungen. An der l Lunge der gleiche Befund, die Adhaesionen nach hinten leichter zu lösen.

R Lunge ziemlich voluminös, besonders in den oberen Partien. Pleura zeigt alte bindegewebige Auflagerungen. Consistenz nach hinten aussen derb, nach innen ziemlich weich. Gewicht 680. Oberlappen ziemlich blutreich, saftreich. Unterlappen sehr blutreich, Gewebe zum Theil luftleer, zahlreiche Bronchiectasien, umgeben von verdichtetem Gewebe. In den Bronchien grosse Mengen Blutes. Im Unterlappen frische haemorrhagische Infarcte.

L Lunge im Allgemeinen ebenso. Oberlappen emphysematös, schiefrig pigmentirt, mässig saftreich, lufthaltig. Im Unterlappen ebenfalls mässige Bronchiectasien und haemorrhagische Infiltration. Im peribronchialen Bindegewebe haemorrhagische Infarcte. Gewicht 465.

Im Herzbeutel keine Flüssigkeit, derselbe durch verschiedene Adhaesionen mit dem Pericard verwachsen.

Herz atrophisch. Im r Herzen sehr wenig Inhalt. Klappensegel leicht verdichtet, getrübt. Papillarmuskeln atrophisch, Muskulatur atrophisch, welk, blass. L Ventrikel sehr eng, ohne Inhalt. Klappen diffus getrübt und verdichtet. Muskulatur welk atrophisch. Gewicht 220. Intima Aortae unregelmässig höckerig, fleckig getrübt.

R Ventrikel-Höhe	8,5 cm	L Ventrikel-Höhe	8,5 cm
Pulmonal-Umfang	6,5 „	Aorten-Umfang	6,5 „
Ventrikel-Dicke	0,3 „	Ventrikel-Dicke	1,2 „

Leber allseitig mit Umgebung, namentlich mit dem Zwerchfell verwachsen. Zwerchfell fast untrennbar durch Bindegewebespangen verwachsen. Gewicht 2125. Leber grob höckerig, zahlreiche narbige Einziehungen, so dass dieselbe in allen Theilen grob gelappt erscheint. Nahe dem lateralen Rande mehrere bis erbsengrosse conglomerirte graugelbe Knoten eingelagert. Beim Einschneiden in diese Stelle finden sich zahlreiche erbsen- bis kirschengrosse trüb gelbweisse matt glänzende Knoten, welche durch straffes rostfarbenes und unregelmässiges Bindegewebe verbunden. In der Umgebung einzelne kleinere Knoten. Im übrigen Gewebe ziemlich zahlreich eingestreute hanfkorn- bis erbsengrosse Knoten. Bindegewebe längs der grossen Gefässe stark vermehrt. Parenchym derb cirrhotisch. Schnittfläche grob höckerig granulirt.

In der Gallenblase ziemlich viel dunkelgrüne flüssige Galle. In der Bauchhöhle gut 2 Liter blutig tingirter Flüssigkeit. L Leberlappen etwa 2 Finger breit unter den Brustrippen.

Milz allseitig mit Umgebung verwachsen, um das Achtfache vergrössert. Länge 25 cm, Breite 15,5 cm, Dicke 7,0. Kapsel diffus getrübt, mit bindegewebigen Auflagerungen bedeckt. Parenchym derb. Pulpa ziemlich blutreich, Schnittfläche grob granulirt. Gewicht 1200.

L Niere ziemlich klein, Oberfläche glatt, glänzend, Parenchym blass. R Niere ebenso. Gewicht beider Nieren 250.

Im Magen grosse Mengen (1 Liter) dunkel schwarzbraun, aus dickflüssigem locker geronnenem Blut bestehender Inhalt. Schleimhaut diffus braunroth.

Dünndarm sehr blass, geringe Mengen schleimig galliger Inhalt. Coccum zeigt starke schiefrige Pigmentirung, starke Schwellung der Schleimhaut setzt sich durch das ganze Colon fort. Serosa des Coccums und Wurmfortsatzes verdickt, injicirt.

Zunächst wird es wohl gelten, jeglichen Zweifel, ob wir es auch wirklich mit einer syphilitischen Affection der Lunge zu thun haben, zu beseitigen, und dürfte vor allen Dingen die eigenthümliche Form der Pneumonie, eine diffuse, gleichmässig zellige Infiltration, die im Wesentlichen in einer Verdickung des interstitiellen Bindegewebes bestand, die Leichendiagnose sichern, in zweiter Linie aber der Leberbefund, der eine ganz characteristische luetische Affection darbietet, nämlich das Lebergewebe von grösseren und kleineren Gummaknoten dicht durchsetzt zeigt und ausserdem denselben interstitiellen Process darbietet, wie wir ihn in der Lunge vor uns haben, eine gleichmässige interstitielle Infiltration, etwaige Zweifel beseitigen.

Diese zwei Punkte, der Nachweis einer bindegewebigen Matrix in der Neubildung der Lunge und die Coincidenz analoger pathologischer Producte in anderen Organen, sind es auch, welche Virchow*) als unumgänglich nothwendig erachtet, um mit Sicherheit das pathologische Product als syphilitisch bezeichnen zu können.

Betrachten wir nun die makroskopischen Zeichen der Lungenaffection, so finden wir die rechte Lunge schwerer, von festerer Consistenz und zeigt sie im Mittellappen und obern Theil des Unterlappens infiltrirte Parthien, die sich als ganz luftleer erweisen, grauweiss gefärbt erscheinen und mit zahlreichen Bronchiectasien durchsetzt sind. In der Umgebung der Bronchiectasien war das Gewebe verdichtet, cirrhotisch, und können wir annehmen, dass im Anfang das Gewebe durchweg diffus verdichtet und infiltrirt gewesen sei. Die Bronchiectasien wären dann so zu deuten, dass einzelne Theile sich nekrotisch abgestossen

*) Virchow, Krankhafte Geschwülste, Band II, pag. 465.

hätten und im acuten Stadium ausgehustet wären. Dies beweist auch der mikroskopische Befund, bei dessen Betrachtung wir auf diesen Punkt weiter unten näher einzugehen haben. Die Bronchiectasien so zu deuten, als seien sie entstanden aus Gummaknoten, welche erweicht, dann zerfallen seien und so im Lungengewebe grössere oder kleinere Cavernen erzeugt hätten, dürfte hier wohl nicht zutreffen, denn dann würde man doch im Gewebe oder in der Umgebung noch jüngere neue Knoten finden können, was mir jedoch trotz sorgfältiger Untersuchung nicht gelungen ist.

Aus einer dieser Bronchiectasien war durch Arrosion eines Gefässes die in den letzten Tagen des Lebens aufgetretene heftige Haemoptoe erfolgt, wofür der mikroskopische Befund einen deutlichen Beweis liefert.

In den gleichmässig infiltrirten Stellen war vor Allem der Mangel an Pigment, welches wir bei einer Cirrhose in einer phthisisch erkrankten Lunge in grosser Menge zu finden gewohnt sind, auffallend.

Die Bezeichnung „weisse Hepatisation", wie sie zuerst von Virchow*) beim todtgeborenen Kinde beschrieben, in ähnlicher Weise von Weber**) unter demselben Namen dargestellt, aber erst von Hecker***) als mit Syphilis zusammenhängend erkannt wurde, beruht gewiss auf diesem Mangel an Pigment, da aber Virchow, Weber u. Hecker diese weisse Pneunomie bei Neu- resp. Todtgeborenen fanden, so bedarf es keiner weiteren Worte, um den Mangel an Pigment zu erklären.

Dass wir aber in unserm Fall bei einem 42 jäh-

*) Virchow's Archiv 1877, Bd. I, pag. 146.

**) F. Weber, Beiträge zur patholog. Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1852, Lief. II, pag. 47.

***) C. Hecker, Verhandlungen der Berliner geburtshilfl. Gesellschaft. 1854, VIII, pag. 130.

rigen Sattler einen ebensolchen Mangel an Pigment finden, dürfte doch auffallend sein.

Ich finde bei keinem der Autoren gerade diesen Punkt betont, obschon sie ja auch die Bezeichnung „weisse Pneunomie“ gelten lassen, möchte aber doch darauf hinweisen, und können vielleicht spätere Sectionen unsern Befund als wichtig oder als zufällig bestätigen.

Pigmentfreie oder pigmentarme Lungen finden wir in unserer Zeit der Maschinen und Fabriken, und wohl auch in Folge des so ausgedehnten Tabakrauchens, doch äusserst selten, und wenn ja, dann nur in ganz gesunden Lungen, und so wird unser Sattler, bis die syphilitische Affection in seiner Lunge sich ausbreitete, gewiss ganz intacte Lungen besessen haben.

Was den Sitz der Infiltration anlangt, so unterscheidet er sich von einer phthisischen Affection, bei welcher meist und zuerst die Lungenspitzen ergriffen werden, dadurch, dass in unserm Fall die Spitzen ganz frei waren.

Rollet*) sagt, ein ziemlich sicheres und in differenciell diagnostischer Beziehung bedeutungsvolles Factum sei das Freisein der Lungenspitzen und der praevalirende Sitz in der mittleren Thoraxregion, und Pankritius**) betont, dass die rechte Lunge der Praedelectionssitz für eine syphilitische Affection der Lunge sei und berichtet in seinem vortrefflichen und ausführlichen Werk über 76 Fälle, in denen die r Lunge afficirt war und nur über 18 Fälle wo die linke, und 11 wo beide ergriffen waren. Grandidier***) hat sogar in 30 Fällen 27 mal den Sitz der Erkrankung im mittleren und unteren rechten Lungenlappen gefunden.

*) Rollet. Wiener medicin. Presse 1875, Nr. 47.

**) Pankritius. Ueber Lungensyphilis. Berlin 1881.

***) Grandidier. Berliner klinische Wochenschrift. 1875, Nr. 15.

In unserem Fall beschränkte sich die Affection ebenfalls auf die Mitte der r Lunge, obere Hälfte des Unterlappens, sowie Mittellappen. Im Unterlappen der linken Lunge fanden sich zwar ebenfalls einige Bronchiectasien und frische haemorrhagische Infiltrationen, aber keine eigentlich pneumonische Infiltration von dem characteristischen Aussehen, und ist wohl anzunehmen, dass diese Infiltrationen erst in den letzten Tagen des Lebens durch Embolie entstanden und keinen eigentlich specifischen Ursprung hatten.

Nach Schnitzler*), sowie fast allen anderen Autoren soll die diffuse Infiltration der Lunge bei Erwachsenen weit seltener sein als bei Neugeborenen, bei denen, wie sie Hecker**) zuerst als syphilitisch beschrieb, die sogenannte weisse Hepatisation der Lunge nicht so selten zu finden ist. Schnitzler sagt dann, dass in den Fällen, wo die diffuse Form bei Erwachsenen vorkomme, gewöhnlich gleichzeitig die andere Form, nämlich scharf umschriebene Knoten nahe der Peripherie, wie sie zuerst von Depaul***) beschrieben und später von Lebert und Lancereaux abgebildet wurden, zu finden seien. Von dieser Regel macht unser vorliegender Fall eine entschiedene Ausnahme, denn weder grössere noch kleinere Knoten waren in der Lunge vorhanden.

Virchow†) sagt, es gibt gewiss einfach irritative Lungenentzündungen syphilitischen Ursprungs, die niemals gummös sind und hat er sie sowohl am eigentlichen Lungenparenchym als auch an den feinsten Bronchien und der Pleura gesehen und ihre Be-

*) Schnitzler. Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien 1880, pag 26.

**) C. Hecker. Verhandlungen der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft. 1854, VIII, pag. 130.

***) Depaul. Gaz. des hôp. 1851 Mai, Nr. 50 u. 51.

†) Virchow. Krankh. Geschwülste II, pag. 469.

ziehung zur Syphilis hervorgehoben und bezeichnet diese fibrösen Formen der Pleuritis, Pneumonie und Peribronchitis als parallel den chronischen Formen der syphilitischen Entzündungen der Leber, Hoden etc.

Eine solche einfache irritative Lungenaffection liegt in unserem Falle vor, die in ihrem chronischen Verlauf dann zu einer Pneumonie und Peribronchitis in der oben beschriebenen Weise geführt hat.

Virchow nennt noch neben Gummaknoten und der weissen Hepatisation auch die braune Induration, die multiple chronische indurative Pleuro- oder Bronchopneumonie, aus welcher letzteren er die syphilitische Phthisis herleitet.

Dieser Process fehlt in unserem Fall ganz.

Eine Affection der Schleimhäute des Rachens, der Trachea und Bronchien, wie sie Schnitzler*) als die steten Vorläufer einer luetischen Affection bezeichnet, finden wir in unserem Falle nicht; ebenso fanden sich in den Hoden keine Spuren von Syphilis.

Ein vicariirendes Emphyrem auf der vorderen Fläche der Lunge in Folge Verdichtung des correspondirenden hinteren Theiles derselben, auf welches wichtige diagnostische Zeichen Skoda aufmerksam gemacht und welchen Process auch Pankritius**) öfters beobachtet hat, finden wir in unserem Falle nicht.

Häufig soll es nach Pankritius***) auch vorkommen, dass zwischen den infiltrirten Stellen ganz intacte Partien vorkommen, dass sich Lokalisationsheerde nach der Spitze und Basis der Lunge hin bilden und man bei der Section die Primärerkrankung in den Hintergrund getreten sieht und zu dem falschen Schluss kommen könne, dass der Sitz der jetzigen

*) Schnitzler. Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien 1880, pag. 30.

**) Pankritius. Ueber Lungensyphilis. Berlin 1881, pag. 29.

***) Pankritius, ibidem pag. 31.

Heerde auch der ihrer primären Erkrankung sei. Dieser Schluss sei aber falsch, und betont Pankritius, die Lungenmitte müsse als Ursprungsstelle der Erkrankung festgehalten werden. In unserem Falle fanden sich keine solch entferntere Lokalisationsheerde, sondern die Infiltration in der Lungenmitte bildete ein zusammenhängendes Ganze.

Nachdem ich nun den makroskopischen Befund näher beschrieben und mit den Angaben früherer Autoren verglichen habe, will ich zu der mikroskopischen Betrachtung und Deutung der einzelnen Befunde übergehen.

Das Wesentliche des Befundes war auch in unserem Fall eine Hypertrophie, Hyperplasie des interstitiellen, sowohl des interlobulären als auch interalveolären Bindegewebes.

In diesen bindegewebig cirrhotischen Stellen ein fast völliger Schwund und Verödung des Parenchyms und nur hie und da noch elastisches Gewebe in characteristischer Form. Neben diesen ganz cirrhotischen bindegewebigen Stellen, welchen Process Pankritius als „irritatives oder actives Stadium der Lungensyphilis, syphilitisch interstitielle Pneumonie κατ'ἐξοχήν bezeichnet, fand sich ein gleichmässig kleinzelliges Infiltrat, zahlreiche spindelförmige und mehr rundliche Zellen, wie sie Pankritius als „parenchymatöse Pneumonie mit Exsudation in das Parenchym, als passiven destructiven Character" bezeichnet. Theilweise zeigten sich diese Zellen bereits in fettiger Degeneration, an einzelnen Stellen waren sie so dicht gedrängt und hatten sich so schlecht gefärbt, dass sie an eine Coagulationsnekrose denken lassen, und wenn wir nun annehmen, einzelne solche nekrotische Stellen hätten sich abgestossen und seien dann ausgehustet, so dürften wir für die Deutung der Bronchiectasien und kleineren Cavernen wohl die richtige Deutung gefunden haben.

In den durch die interstitielle Wucherung zusammengedrückten Alveolen fanden sich desquamirte Epithelien, die theilweise schon stark fettig degenerirt waren.

Die Schleimhaut der Bronchien erwies sich als durchweg verdickt und zeigte sich von Zellen dicht infiltrirt, so dass an manchen Stellen, wo die Zelleninfiltration besonders stark war, die Schleimhaut förmliche Erhöhungen zeigte.

In einem der mikroskopischen Präparate fand ich den Heerd der in den letzten Tagen des Lebens so profus aufgetretenen Blutung. Die Haemoptoe war hier sicherlich von dem syphilitischen Erkrankungsheerd ausgegangen, das Gewebe war von rothen Blutkörperchen ganz durchsetzt und ist unser Befund in Bezug auf die Angabe Schnitzlers*), es komme bei einer syphilitischen Pneumonie eine Haemoptoe höchst selten vor, wenigstens eine solche Ausnahme von der für gewöhnlich geltenden Regel.

Gehen wir nun, nachdem die Darlegung des Befundes der Lunge erschöpft ist, auf den Befund in der Leber über, so begegnen wir hier einem ganz analogen Process. Auch hier hat der pathologische Process seinen Anfang im Bindegewebe genommen und die morphologischen Verschiedenheiten in Leber und Lunge erklären sich nur aus dem verschiedenen Aufbau dieser Organe. In der Leber finden wir eine Perihepatitis, eine interstitielle partielle fibröse Hepatitis und eine gummös interstitielle Hepatitis.

Die Leber zeigte sich grob höckerig, mit zahlreichen narbigen Einziehungen, sodass dieselbe in allen Theilen gelappt erscheint. Diese Difformität der Leber erklärt sich nach Klebs**) aus dem ungemein grossen

*) Schnitzler. Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien 1880, pag. 46.

**) Klebs. Pathol. Anatomie, pag. 439 u. 440.

Rectractionsvermögen der Bindegewebsneubildungen, welche in der Mitte fettig oder käsig zerfallen, während in der Peripherie neue Bindegewebewucherung stattfindet, die sich später narbig contrahirt und auf der Oberfläche der Leber tiefe Einziehungen hervorbringt.

Nahe dem lateralen Rande fanden sich mehrere erbsen- bis kirschgrosse conglomerirte scharf gegen das gesunde Gewebe abgegrenzte Knoten eingelagert, welche auf der Schnittfläche ein grauweisses Aussehen darboten und in der Mitte einen käsig zerfallenden Heerd zeigten.

Ein mikroskopischer Schnitt nahe am Rande eines solchen Knotens zeigt genau das Bild, wie es Virchow*) so trefflich abgebildet.

In der peripheren jüngeren Schicht in die zusammenhängende derbe Grundsubstanz eingebettet zahlreiche kleine Zellen, mit noch dazwischen liegenden blassen Leberzellen. Dann eine zweite Zone, in welcher die Zellen viel dichter stehen, die Gefässe comprimirt und verödet sind, und endlich eine dritte Zone, die des nekrotischen Zerfalls, welche zahlreiche kleine zerfallende Fettkörnchenhaufen an Stelle der früheren Zellen zeigt. Die centralen Partien sind durch die Compression der Gefässe von einer genügenden Zufuhr von Ernährungsmaterial abgeschnitten und so dem fettigen Zerfall unterworfen.

An dem syphilitischen Character des makroskopischen und mikroskopischen Befundes in der Leber kann Niemand zweifeln und kann der Leberbefund die Diagnose des Befundes der Lunge als auf syphilitischer Basis beruhend noch bestätigen, falls es eines solchen Beweises bedürfte.

Zum Schluss möchte ich noch einen Punct berühren, welcher zwar nicht mehr genau in den Rahmen des

*) Virchow. Krankhafte Geschwülste, pag. 426.

Bildes passt, der aber doch wichtig genug ist, dass er Erwähnung verdiente, nämlich die Zeit, in welcher die Lungenaffection aufgetreten. Unser Patient war 20 Jahre vor seinem Tode mit einem Schanker behaftet und 14 Jahre vor dem Tode hatte er einen doppelseitigen Bubo, und wenn wir nun sehen, dass erst in den letzten 3 Jahren des Lebens Erscheinungen einer Lungenaffection aufgetreten, so liegt der lange Zeitraum von mindestens 11 Jahren zwischen Ursache und so verderblicher Wirkung. Jedenfalls war hier die Affection in der sogenannten tertiären Periode aufgetreten.

Hiemit schliesse ich meine Arbeit, die mit dem beschriebenen Fall die zahlreichen früheren Veröffentlichungen ergänzt, und hoffe durch sorgfältige anatomische Forschung wenigstens etwas zur Erkenntniss der auf syphilitischer Basis beruhenden Lungenaffection beigetragen zu haben.

* * *

Zum Schluss sage ich meinen hochverehrten Lehrern Herrn Prof. Bollinger, welcher mir den Fall überlassen und bei Deutung der einzelnen Befunde meine Aufmerksamkeit auf so Vieles gelenkt hat, sowie Herrn Obermedizinalrath Prof. v. Ziemssen für ihre mir stets bewiesene grosse Güte und Freundlichkeit hiemit meinen gebührenden Dank.

Druck von J. L. Stich in Nürnberg.